

## ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК

*Стебунов С.С., Прибушня И.И.*

*ГУ «Республиканская больница» Управления делами Президента  
Республики Беларусь*

Малоинвазивные лапароскопические методики все шире применяются в хирургической практике при ряде урологических заболеваний. Снижение хирургической травмы, техническая простота и комфортность оперирования, легкость вмешательства для пациента делают эндоскопический способ операций выбором. Особую актуальность приобретают симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости при хирургической и урологической патологии.

Мы имеем опыт проведения урологических лапароскопических вмешательств у 22 больных с кистозными поражениями почек.

У всех больных с простыми кистами почек использовался трансперитонеальный доступ. Лапароскопия является методом выбора у больных с медиальным и парапелвичальным расположением кист, когда чрескожная пункция сопряжена с высоким риском повреждения паренхимы почки и ее сосудов. Показаниями к лапароскопическому лечению кист почек являлись: размер кисты более 5 см; артериальная гипертензия; болевой синдром и другие клинические проявления; нарушение функции почки вследствие сдавления кистой; выполнение симультанных операций на органах брюшной полости. Величина кист у оперированных больных колебалась от 5 см до 11 см. У 5 (23%) пациентов имелось несколько кист почек различных размеров. Расположение кисты в левой почке по данным обследования наблюдалось у 16 больных (73%), правой – 6 (27%). В области верхнего полюса киста была расположена у 9 больных (41%), нижнего – 8 (36%) , в зоне синуса – 5 (23%). У 5 пациентов удаление кисты почки являлось симультанным этапом наряду с проведением холецистэктомии. После проведения холецистэктомии дополнительно вводился только один троакар, если киста находилась в области левой почки.

В плане предоперационного обследования проводили: общеклинические анализы, УЗИ почек, КТ почек, радиоизотопную ренографию, внутривенную урографию, ангиографию.

Методика операции общепринятая: использовали 3 троакара, после вскрытия париетальной брюшины и мобилизации толстой кишки (слева), визуализировалась почка и выделялась киста. Киста

вскрывалась, содержимое ее эвакуировалось отсосом. После визуального осмотра полости кисты оболочки ее иссекались максимально до ткани почки, края коагулировались. Резецированный участок извлекался для гистологического исследования. К месту удаленной кисты подводился страховочный дренаж на 1-2 суток.

Продолжительность операции от 20 до 55 мин. Конверсии отсутствовали. Больные выписывались на 5-е сутки.

Из послеоперационных осложнений у одной пациентки на 3-4 сутки наблюдалась микроперфорация толстой кишки с развитием забрюшинной флегмоны (4.5%). Причиной данного осложнения по нашему мнению явился ожог стенки кишки во время операции. Больная излечена путем люмботомии и дренирования забрюшинного пространства.

При обследовании больных в отдаленном периоде рецидив кисты почки выявлен у 3 больных (13,6%).

Таким образом, благодаря относительной простоте оперативных вмешательств, малой травматичности и отличному косметическому эффекту лапароскопические операции в урологии могут являться методом выбора при простых кистах почек. Учитывая отдаленные результаты, необходима дальнейшая разработка радикальных методов обработки полости кист для уменьшения количества рецидивов.